

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCÉFALO CRANEANO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE AYMARAES – APURÍMAC, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

KARINA AUSEJO MEJÍA

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 42-2021

Fecha de Aprobación de Trabajo Académico: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo de Facultad N° 602-2021-CF/FCS, de fecha 05 de noviembre del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado primeramente a Dios, mis padres y familia, quienes me apoyaron en cada una de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser motor principal de mi vida por acompañarme y permitir confiar mis anhelos con la certeza que estos se materializan.

A mis amados padres porque desde pequeña me enseñaron el significado de perseverancia y luchar por mis sueños

A mis estimados docentes que me acompañaron a lo largo de este proceso quienes me guiaron y forjaron como una gran profesional integra en mi área

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao la casa que me ha formado a nivel intelectual y humanístico quien me formo como una profesional responsable y competente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	8
2.2. BASES TEORICAS	10
2.2.1 LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	10
2.2.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES BÁSICAS HUMANAS	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.3.1 Traumatismo encéfalo craneano.	13
2.3.2 Atención de enfermería al paciente con TEC.....	26
CAPÍTULO III.....	29
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	29
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES	43
ANEXOS.....	46

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente trabajo académico da cuenta de mi experiencia profesional en la labor como enfermera asistencial en el área de emergencia del centro de salud Santa Rosa entre los años 2017 y 2021. Por lo cual se desarrolló un plan de cuidados de enfermería en traumatismo encéfalo craneal puesto que ha incrementado de manera paulatina los casos leves a severos.

Tiene como finalidad de brindar alcances ejecutados en mi experiencia profesional en la atención de enfermería en pacientes con traumatismo encefálico craneano (TEC) en el servicio emergencias y con el Objetivo de orientar al profesional de enfermería especialista en emergencias, para que pueda ejecutar una adecuada y oportuna intervención de enfermería al paciente que se encuentra con el diagnóstico de traumatismo encéfalo craneano.

La intervención de Enfermería, es todo las acciones y actividades que realiza profesión de enfermería encaminadas en conseguir resultados establecidos basados en conocimientos, juicio clínico y el fundamento científico.

El cual implica la aplicación del método científico al proceso de cuidados de Enfermería, utilizando modelos y teorías según Dominios y Clases, de la taxonomía II de la NANDA, NOC, NIC. Esto permite la valoración integral de las necesidades de cuidados del paciente para diagnosticar oportunamente y la toma de decisiones independientemente para el cuidado de Enfermería, a fin de elevar el nivel profesional y garantizar una atención de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad, pero sobre todo con humanismo, equidad de género y con interculturalidad; que es lo que caracteriza las raíces filosóficas y epistemológicas de la profesión de Enfermería.

El traumatismo encéfalo craneal es un problema de salud con un severo impacto que presenta consecuencias en el ámbito socio económico para los pacientes y su entorno, caracterizado por una alta tasa de morbilidad y secuelas permanentes en su mayoría, que involucran un alto costo, por lo cual es prioridad realizar un plan de cuidado inmediato y oportuno, trabajar con un enfoque multidisciplinario acompañado del equipo de salud respectivo en atención prehospitalaria. El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es un desorden de la función neurológica que se acompaña de una patología cerebral causada por una lesión directa del encéfalo.(1)

El traumatismo encéfalo craneano es un problema de salud alarmante por su gravedad y es altamente mortal en jóvenes, además de dejar secuelas en la mayoría de pacientes, involucra grandes repercusiones económicas que compromete al personal de salud, así como el manejo tecnológico, las posibilidades de lograr prevenir complicaciones, y el proceso de soporte que busca reducir las secuelas y mejorar la calidad de atención integral de los pacientes.(2)

La importancia de establecer un plan de atención estandarizado consiste en identificar y atender adecuadamente las necesidades del paciente, evitar complicaciones y secuelas para lograr un cuidado de calidad, determinado por las necesidades individuales de cada paciente.

Como profesional de enfermería en el servicio de emergencia en la parte asistencial mi principal responsabilidad es brindar los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo craneo encefálico para reducir las secuelas ocasionados por la lesión cerebral.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El traumatismo encéfalo craneano es el daño cerebral ocasionado por una fuerza externa, manifestado por una alteración de conciencia y compromiso de las funciones cerebrales de grado variable. Provoca en el sujeto secuelas de rangos variables de compromiso cognitivo, físico, emocional y conductual que afectan su desenvolvimiento en lo cotidiano, en lo laboral y en sus relaciones interpersonales. Según estadísticas de la organización mundial de la salud (OMS), cada año mueren más de 1,2 millón de personas por accidentes automovilísticos –lo que representa más del 2 % de las muertes mundiales– y entre 20 y 50 millones padecen traumatismos no mortales, con consecuencias de tipo físico, cognitivo y conductual. Por eso los TEC son considerados la primera causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes.(3)

Los traumatismos incrementan la pobreza y acarrear consecuencias (económicas y sociales) que afectan a las personas, las comunidades y las sociedades. Debido a la incapacidad que generan los traumatismos se multiplican los negativos efectos socioeconómicos en los países con ingresos bajos, al tener sistemas incipientes de cuidados y rehabilitación postraumáticos. De todos los tipos de traumatismos, se debe prestar atención prioritaria a los derivados de accidentes de tránsito

A nivel mundial los traumas encéfalo craneanos son principalmente causados por accidentes de tránsito, laborales, deportivos, agresiones, caídas y los que ocurren en el hogar constituyendo un problema de salud pública y ocupan el quinto lugar con 1.8 millones de muertes en la mayoría de los países.

El TEC es un problema de salud en el Perú, según el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS) las muertes violentas son el mayor porcentaje de la mortalidad a nivel nacional, siendo los TEC los de mayor porcentaje y representando el 33.3% de la mortalidad por trauma. Las lesiones primarias que se generan inmediatamente

después del impacto se aprecian en un tiempo relativo luego del traumatismo (lesiones secundarias). La isquemia cerebral, es causada subida de la presión intracraneal en la fase prehospitalaria (hipoxia, hipotensión o anemia), y es la lesión secundaria que se da en mayor medida en los traumatismos con repercusiones craneoencefálicas graves.(4)

En el servicio de emergencia del centro de salud Santa Rosa ubicado en la avenida panamericana en pleno corredor vial en la carretera principal Abancay -Lima. En dicho establecimiento de salud se brinda atención las 24 horas del día y los 7 días de la semana, contamos con los profesionales de la salud de las diferentes carreras profesionales en un total de 42 personas, donde los casos de pacientes con traumatismos encéfalo craneal se evidencian el incremento de casos a través de los registros de atenciones de pacientes con dicha patología desde casos leves hasta casos de TEC severos .El centro de salud Santa Rosa es un establecimiento de nivel I-4 referencial a cargo de 23 establecimientos en su jurisdicción y es cabecera de la micro red ,que brinda atención de primer nivel.

Las causas más frecuentes de traumatismo encéfalo craneal son por accidentes de tránsito por estar ubicado en pleno corredor vial y se evidencia en su mayoría en personas jóvenes y de sexo masculino, seguido por caídas, que mayormente se observa en los adultos mayores y niños, mientras pocas veces por otros factores como asaltos, actividades deportivas.

Los casos de traumatismo encéfalo craneal en mi experiencia profesional se observa en su mayoría desde moderados a severos donde se evidencia fracturas, hemorragias, hematomas, laceraciones y con compromisos neurológicos, motivo por el cual el personal de enfermería del servicio de emergencia debe estar preparado para brindar un manejo prehospitalario adecuado, oportuno para disminuir las complicaciones y secuelas en lo posterior.

La atención que se brinda en la emergencia a los pacientes con TEC se basa sobre todo el ABCD ya que el primer contacto con el paciente es crucial de ello va

depender la identificación de los riesgos o amenazas la vida del paciente y la reducir las complicaciones.

El manejo que se brinda en el Centro de salud Santa Rosa de los pacientes con traumatismos encéfalo craneanos moderados y severos tienen que ser referidos inmediatamente al Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de la Ciudad de Abancay -Apurímac por no contar con especialistas ni con el equipamiento respectivo para tratar dichos pacientes, motivo por el cual se tiende a referir luego haber estabilizado o brindado las primeras atenciones. Mientras los casos leves TEC se tienen en observación las 12 a 24 horas mientras el paciente no presenta algún signo o síntoma que manifieste alguna complicación y luego se les da alta.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

ALGARBE Silvana, 2016, Córdoba-Argentina. “Trabajo final integrador intervención de enfermería en paciente con traumatismo de cráneo encefálico grave”. Objetivo: aplicar el PAE para un caso de TEC grave. Método: Estudio de caso clínico, se aplicó los 11 patrones de M Gordon como instrumento para recolectar datos. Resultados: se identificaron 6 diagnósticos prioritarios: Riesgo a infecciones en vías aéreas, Deterioro de la integridad cutánea, Alteración en la eliminación urinaria, Hipertermia (39° C) relacionada con proceso infeccioso, Deterioro de la comunicación verbal relacionado con deficiencias cognitivas y entubación endotraqueal, y Riesgo de agresión física asociada al nivel de conciencia. Conclusiones: el Plan de atención de Enfermería constituye una actividad básica y primordial en la labor del personal involucrando el cuidado humanizado, esta metodología permite lograr datos que favorecen la formulación de diagnósticos, y dan a conocer las necesidades no satisfechas en el paciente. Cabe resaltar que para la correcta aplicación de este proceso se debe mantener una buena interrelación con el paciente y su entorno (5)

El PAE es un sistema que está basado en un modelo organizado y científico que lo desarrolla el profesional de enfermería, para brindar los cuidados de manera coherente, ordenado, precisa y sistemática.

HERRERA LÓPEZ José Luis y Colab., 2017, Ambato-Ecuador. “Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora”. Objetivo: Analizar los factores que intervienen como causantes del TEC. Metodología: estudio bibliográfico, descriptivo y de campo. Resultados: se realizó una guía de cuidados hospitalarios para la atención de calidad y favorecer un estilo de vida saludable. Conclusión: se debe realizar nuevos esquemas “flujogramas” para el personal en los servicios hospitalarios, que será una guía para

la realización de procedimientos y cuidados especiales que el paciente necesita para su pronta recuperación(6)

Las guías y protocolo de atención en el manejo adecuado de los pacientes con traumatismo encefálico craneal disminuirán las posibles complicaciones y secuelas.

Andrés M. RUBIANO, Paola A Tejada, José D Alarcón 2018 Neiva- Colombia. “Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo” objetivo elaboración de una guía de práctica clínica en el manejo del paciente adulto con TEC. Metodologías analíticas, se realizó instrumento de evaluación y adicionalmente se realizaron encuestas a los especialistas. Resultados se realizó realizar una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo y que todo paciente con TEC severo sean trasladados inmediatamente a un establecimiento con mayor capacidad resolutive con énfasis en atención de trauma. Conclusiones: El manejo adecuado y tratamiento en un establecimiento con mayor capacidad resolutive y oportuno por los especialistas en el manejo de pacientes con traumatismo encefálico craneal ayudara la pronta recuperación y reinserción a su vida cotidiana (7)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

TAMANI GARCÍA Lesly Tatiana, y Colab., 2017, Iquitos-Perú, “Diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes hospitalizados con traumatismo craneoencefálico del Hospital Iquitos 2015”. Objetivo: asociar los diagnósticos a algunas variables. Método: cuantitativo descriptivo, retrospectivo, correlacional, en 93 pacientes con TEC. Resultados: los diagnósticos reales fueron dolor crónico, ansiedad y déficit de memoria. Entre los diagnósticos de riesgo están: la disfunción neurovascular periférica, ineficacia de la perfusión tisular cerebral, caídas e infección; y quienes 8 presentan dolor crónico, tienen TEC moderado o severo, mayor edema, contusión y fractura de cráneo. (8)

La identificación de los diagnósticos de enfermería favorecerá en el cuidado de enfermería y la intervención oportuna del profesional de enfermería.

PARI TOLA, VERONICA ASTRID, 2017, Arequipa-Perú, “Factores Asociados a la Severidad del Traumatismo Craneoencefálico en Pacientes Adultos Internados en el Hospital Regional Honorio Delgado -Arequipa 2017”. Objetivo conocer los factores relacionados a la severidad del traumatismo craneoencefálico en pacientes adultos internados. Método: observación documental retro prospectivo y la revisión de 155 historias clínicas de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Resultados el Diagnostico fue conocer los factores asociados a la gravedad del TEC en pacientes hospitalizados en los cuales se encuentran los factores demográficos, factores clínicos, factores terapéuticos y la severidad del traumatismo.(9)

MARIA FERNANDA VENEGAS Miñaca, 2020 Lima-PERU, Prevalencia de trauma craneoencefálico y sus características clínico-epidemiológicas en pacientes de la emergencia Hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel. Agosto 2018 – agosto 2019 Objetivo Determinar la prevalencia del TCE y sus características clínico-epidemiológicas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital José Félix Valdivieso Metodología: El estudio es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal con un enfoque cuantitativo y retrospectivo. La muestra correspondió a 800 pacientes Resultados: La prevalencia del TCE fue del 52,1% predominando el sexo masculino en un 64%, de edades entre 14-30 años (52,3%), zona rural (83%), obrero en un 50,1%. La causa más frecuente fue los accidentes de tránsito en un 40,3%, el TCE leve en un 57,1%, entre las lesiones asociadas están los traumas faciales con un 57,1% y 39,85% fueron referidos. (10)

En este estudio nos muestra muy claramente la prevalencia y porcentaje de casos de traumatismo encéfalo craneal.

2.2. BASES TEORICAS

Para la elaboración de este trabajo de investigación se consultaron distintas referencias bibliográficas e investigaciones relacionadas con: el Modelo de Autocuidado de Orem y el Modelo de Cuidados de Henderson:

2.2.1 LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A) AFIRMACIONES TEÓRICAS. Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: **la teoría** del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; **la teoría** del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas; y **la teoría** de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

1) Teoría de sistemas enfermeros: Es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de autocuidado.

2) Teoría del déficit de autocuidado: Desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería.

3) Teoría del autocuidado: sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse uno.(11)

B) TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas y no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista. Respecto a lo anteriormente dicho, el déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es

un concepto abstracto que expresa en términos de limitaciones de la acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene una persona en la labor de autocuidado. El déficit de autocuidado se produce cuando las habilidades de cada persona son menores de las que necesita para satisfacer demanda de autocuidado conocida, es decir, estas personas tienen necesidad de cuidado para poder ejercer de manera adecuada su autocuidado logrando, así, su satisfacción y bienestar.

El personal de enfermería desde su inicio se ha considerado como producto social relacionado al arte de cuidar por lo que está relacionado a la ayuda a las personas cuando se encuentra con capacidad insuficiente cuidarse, asimismo. (11)

2.2.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES BÁSICAS HUMANAS

A. FUENTES TEORICAS Tres factores la condujeron a copilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la NationalNursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

B. TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado

el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

C. PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es brindar atención a la persona sana o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que ayuden a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer a la persona independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se realiza a través del plan de cuidado. Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es la actividad que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas esenciales que satisfacer, estas son habitualmente cubiertas por cada persona cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

A continuación, se desarrolla el modelo de cuidados de Virginia Henderson, ella detalla las catorce necesidades básicas de los individuos. Por otro lado, Henderson en su teoría afirma que las necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades. Las catorce necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson que integran los elementos del cuidado enfermero son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Vestir adecuadamente.

7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y proteger la piel.
9. Evitar peligros ambientales.
10. Comunicarse (estima).
11. Profesar su religión (pertenencia).
12. Trabajar.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Adquirir conocimientos. (12)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Traumatismo encéfalo craneano.

A. DEFINICION

El trauma craneoencefálico (TCE) se define como una patología médico quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes signos alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o fisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas relacionados al Trauma , producto de la liberación de una fuerza externa ya sea en forma de energía mecánica, química, térmica, eléctrica, radiante o una combinación de éstas, resulta en un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y los vasos sanguíneos que irrigan este tejido También se define como la ocurrencia de muerte resultante del trauma que incluya los diagnósticos de lesión de la cabeza y /o injuria cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte. (13)

B. EPIDEMIOLOGIA

Desde tiempos inmemorables y desde que el ser humano se dio cuenta de que el cráneo, aun siendo una estructura fuerte, era un blanco vital en la economía del cuerpo, encaminó todos los esfuerzos para protegerlo, desarrollando tecnología que hemos conocido bien por todo el largo de la historia. Es por este motivo que se pone particular importancia de que el cráneo y todas las estructuras que en él engloba, es motivo de estudio y de ponderable necesidad conocer los diferentes mecanismos de lesión y la inevitable repercusión en el nivel socio-económica de la misma.

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) ha sido denominado como “la epidemia silenciosa” que constituye la primera causa de muerte y discapacidad en individuos mayores de 40 años; actualmente el traumatismo craneoencefálico y el daño cerebral asociado representan un considerable problema de salud pública, con un elevado costo socioeconómico e importantes conflictos éticos y afectivos. El traumatismo encéfalo craneano grave (TEC), es una problemática que a nivel mundial que ha propiciado como principal causa la muerte e incapacidad en todo el mundo, propiciando numerosos estudios en los distintos países con el único fin de llegar a obtener datos estadísticos acerca de esta problemática para poderla prevenir como un objetivo de salud promocional y así reducir los casos. (5)

C. ETIOLOGIA

Las causas más frecuentes son:

1. ACCIDENTES DE TRANSITO: Los traumatismos encéfalos craneanos son ocasionado alrededor de un del 75%, por este tipo de causas, el 43% de los graves y el 32% de los leves. Generalmente, por el exceso de velocidad como factor fundamental en la generación de lesiones cerebrales y es un aspecto importante a tener en cuenta en el análisis de la relación de casualidad. El consumo de alcohol es otro elemento a tener en cuenta en las consecuencias y valoración de un TEC, fundamentalmente en relación a la disminución del nivel de conciencia tras un traumatismo encéfalo craneano.

2. CAÍDAS: Son la segunda causa de aproximadamente de 33% de los TEC leves y dentro de ellos son más frecuentes algunas lesiones como los hematomas subdurales o las contusiones cerebrales.

3. AGRESIONES: Son mucho menos frecuentes, suponen el 2,6 % de todos los TEC y patrón lesionar suele incluir en estos casos contusiones faciales o fracturas de los huesos de la cara.

4. ASALTOS: Por un mecanismo de golpe directo (puñetazo) o aceleración- por malos tratos.

5. LESIONES DEPORTIVAS: Alrededor del 5%, cuando hay un impacto mecánico sobre las estructuras del encéfalo.(2)

D. FISIOPATOLOGIA

El impacto mecánico origina la degeneración neuronal mediante dos mecanismos básicos:

1. MECANISMO LESIONAL PRIMARIO: Es el responsable de las lesiones nerviosas y vasculares producidas inmediatamente por la agresión biomecánica. La agresión puede ser directa (daño por impacto) o indirecta (daño por impulso).

- Fracturas
- Contusiones
- Laceraciones
- Lesión axonal difusa

2. MECANISMO LESIONAL SECUNDARIO: Es responsable de las lesiones cerebrales producidas por alteraciones sistemáticas o intracraneales dependientes o no del impacto primario. Pueden ocurrir horas, días o minutos después de la lesión inicial, y al menos teóricamente son evitables con el tratamiento adecuado. Las lesiones secundarias agravan, prolongan o contribuyen al daño resultante de la lesión inicial, de todas ellas cabe destacar:

- Hipotensión arterial: Duplica la mortalidad con respecto a los que no presentan hipotensión en las primeras 24 horas post-TCE. Provoca caída

de la presión de perfusión cerebral (PPC) pudiendo ocasionar isquemia e infarto cerebral. Se debe mantener una Tensión arterial media en torno a 70 mm Hg.

- Hipoxemia: Se debe mantener una Sat O₂ > 95% 23 } Hipertensión craneal (HIC): tiene demostrado efecto negativo sobre el pronóstico
- Hematomas
- Hemorragias intracraneales
- Congestión vascular cerebral
- Edema

2. MECANISMO LESIONAL TERCARIAS: Estos procesos metabólicos anómalos aparecen de manera inmediata no solo zonas lesionadas, sino que también se puede evidenciar en puntos alejados de la lesión.(2)

E. DIAGNOSTICO

El pronóstico y tratamiento del TEC dependen de la gravedad y del tipo patológico de lesión encefálica. El examen físico debe delimitar la causa, el tipo, la localización y la extensión de la lesión. Hay que tener en cuenta que el organismo responde con hipertensión y bradicardia ante un aumento de la presión intracraneal. Por tanto, la combinación de hipertensión arterial progresiva, bradipnea y bradicardia es sugestiva de aumento súbito de presión intracraneal, que puede requerir intervención quirúrgica urgente. Es importante la detección precoz de la hipertensión intracraneal (HIC) y su tratamiento oportuno, sobre el diagnóstico exacto de las diferentes lesiones intracraneales, que se abordará una vez superado los problemas que amenazan la vida del paciente.

1. ANAMNESIS Lo primero es asegurarse de que ha existido TEC y que la violencia del mismo justifica la clínica del enfermo y la realización de otros estudios.

- Se debe registrar siempre:
- interrogar a los testigos sobre el tipo de golpe, la hora, que permitirá conocer la evolución del enfermo, "cómo", estado del enfermo inmediatamente tras el golpe.

- Si existió/existe inconsciencia: Desde cuándo, duración.
- La presencia o no de crisis convulsivas.
- El estado actual del enfermo. Se comparará con el inmediato tras el TCE y servirá de orientación para evidenciar empeoramientos. Para ello se utilizará la Escala de Coma de Glasgow.
- La ingestión o no de alcohol, drogas, etc.
- Los antecedentes neurológicos del enfermo.
- Ingestión de alcohol:

2. EXPLORACIÓN INICIAL Se valorarán:

- La presencia de heridas
- Funciones vitales.
- Presencia de hematomas peri orbitarios/retro auriculares.
- Estado de consciencia (para ello se utilizará la GCS). Se anotará con ella la hora de toma de datos.
- Exploración neurológica completa: pares craneales, con especial atención a las pupilas (tamaño, forma, reactividad, simetría); extremidades (fuerza, tono y reflejos osteotendinosos).
- Exploración general: descartar otras causas de alteración del nivel de consciencia: metabólicas, hemodinámicas, ingestión de drogas o alcohol.
- Anisocoria.
- Déficit lateralizado.
- Lesión abierta de cráneo.
- Déficit neurológico.
- Fractura deprimida de la bóveda craneal.
-

2. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE CRÁNEO: Su limitación para detectar lesiones intracraneales hace que tenga escaso valor en el manejo de los pacientes con TCE. Es de utilidad en la identificación de lesiones penetrantes, fracturas con hundimiento, y en la localización de objetos metálicos o de cristal. No se deben ordenar su realización rutinariamente en pacientes con TCE menores.

Algunos clínicos recomiendan la realización de radiografía simple de cráneo en los niños dada la mayor detección de fracturas de cráneo, en especial en los casos de fracturas con hundimiento y compuestos

3. TAC DE CRÁNEO: La TAC de cráneo es la técnica de elección en el diagnóstico de las lesiones asociadas a los TCE. Es de gran utilidad para la identificación de las lesiones que precisan atención quirúrgica inmediata y ofrece información pronóstica en muchas lesiones.

Los pacientes con TEC de bajo riesgo no precisan estudio con TAC. Los pacientes de riesgo moderado y de riesgo elevado precisan estudio con TAC, de modo más precoz cuanto mayor sea el riesgo

5. RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN): Suele ser un poco más sensible que la TAC en detectar alteraciones.

6. CONCENTRACIÓN SÉRICA DE GLUCOSA: En pacientes con pérdida de la conciencia para detectar la existencia de hipoglucemia

F. CUADRO CLINICO La escala de Glasgow (nivel de conciencia) marca el grado de gravedad o severidad del TEC:

1. TEC LEVE Al realizar la valoración mediante la escala de coma de Glasgow tiene una puntuación de 13-15. Los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y los síntomas o signos que presentan son dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.

- El paciente puede permanecer consciente o puede perder el conocimiento durante unos segundos o minutos
- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Náuseas
- Falta de coordinación motora

- Mareos
- Dificultad para el equilibrio
- Visión borrosa
- Ojos cansados
- Mal sabor en la boca
- Fatiga
- Letargo(1)

3. TEC MODERADO En el TEC moderado (ECG 9-13) el paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica además están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome post conmoción. El síndrome post conmoción se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un TCE leve o moderado. Las características principales son

- Fatiga
- Mareo
- cefalea intensa
- dificultad para la concentración
- Desorientado.
- Dolor de cabeza que empeora o no desaparece
- Vómitos o náuseas repetidos
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques
- Incapacidad para despertarse del sueño
- Agrandamiento de la pupila (el centro oscuro) de uno o ambos ojos.
- Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas
- Pérdida de coordinación
- Aumento de la confusión, el desasosiego o la agitación
- Pérdida del conocimiento que dura de unos pocos minutos a algunas horas(1)

4. TEC GRAVE En el TEC grave o severo (ECG 3-8) el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TCE grave no sobreviven o quedan con secuelas y presentan después de su recuperación:

- Dolor de cabeza que no desaparece
- Vómitos repetidos y náuseas
- Convulsiones
- Incapacidad para despertar
- Dilatación de una o ambas pupilas
- Afasia: es la dificultad para encontrar palabras
- Disartria: es la debilidad muscular que causa trastornos del habla, debilidad o entumecimiento en las extremidades
- Pérdida de coordinación
- Confusión, inquietud o agitación.
- Alexitimia: es una deficiencia en la identificación, comprensión, transformación y las emociones que expresa.
- Aumento de la presión intracraneal: los signos de aumento de la PIC incluyen disminución del nivel de conciencia, parálisis o debilidad en un lado del cuerpo, y pupilas dilatadas que no se contraen en respuesta a la luz o son lentas para hacerlo y la anisocoria, el tamaño desigual de las pupilas.(1)

G. TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento inicial del TEC se concretan en conseguir:

- Ventilación y estabilidad hemodinámica,
- Diagnóstico y cirugía inmediata de lesiones ocupantes de espacio,
- Descartar y tratar las lesiones asociadas que amenazan la vida.

a) VÍA AÉREA: La presencia de un TEC grave o una situación de coma definida como una puntuación en la escala de Glasgow de 8 puntos o menor es indicación de establecimiento de una vía aérea definitiva. Es menos agresivo intubar y retirar precozmente el tubo endotraqueal si no es necesario en algunos pacientes, que someter a un TEC grave a los riesgos de elevación de la PIC, hipoxemia, etc. por no intubarle. En el caso de que sea necesario intubar al paciente, recordar la máxima de que "todo TEC presenta, hasta que se demuestre lo contrario, una lesión cervical", por lo que hay que mantener en todo momento la alineación e inmovilización cervical.

b) VENTILACIÓN: Se debe administrar oxígeno a alto flujo a todo paciente con TCE, y garantizar una adecuada ventilación para mantener la PaO₂ por encima de 70 mmHg. Ante la presencia de signos de HIC se recomienda ventilación asistida con hiperventilación para mantener la PaO₂ próxima a 28 mmHg. Es importante tener adaptado el enfermo al respirador, por lo cual será necesario la sedo relajación, para evitar la tos y lucha, que incrementarían la PIC. Considerar las características específicas de dichas drogas en el TCE. Se deben evitar sedantes de acción prolongada, ya que no permiten evaluaciones frecuentes y existe riesgo de sobre sedación.

Ante un politraumatizado con TEC con signos de shock hay que proceder a una reposición de volumen que mantenga la tensión arterial sistólica por encima de 90 mmHg. Una vez restaurada la volemia debemos reducir los fluidos a ritmo de mantenimiento de las necesidades basales Existen suficientes evidencias que

demuestran la relación entre valores más bajos de presión arterial media (PAM) en las primeras horas del TEC y mayor tasa de mortalidad, peores resultados funcionales, y mayor incidencia de complicaciones sistémicas. Pensamos que la PAM debe situarse al menos en cifras superiores a 80 mmHg. Es motivo de controversia la composición ideal de la fluido terapia para reanimación del TEC, excepto que deben evitarse las soluciones hipotónicas como la dextrosa al 5% y los aportes elevados de glucosa.

c) CIRCULACION: La hipotensión arterial influye de manera negativa el pronóstico del TEC, sobre todo en aquellos pacientes con TEC severo son los que pierden la autorregulación cerebral que es el mecanismo compensatorio que mantiene el flujo sanguíneo, tener una tensión arterial media (TAM) adecuada para la correcta perfusión cerebral (PPC). Tener a disposición una vía endovenosa permeable con un catéter con calibre 18 para la administración de cristaloides o coloides. Es importante mantener una presión sistólica por encima de 90 mm Hg

d) POSICIÓN DEL PACIENTE: El paciente debe mantener una correcta alineación corporal y mantener una posición neutra para evitar una rotación de la cabeza la hiperflexión o la hiperextensión de la columna cervical posición que aumenta PIC, además si se sospecha de una lesión cervical el paciente se debe de colocar un collarín cervical.

e) Hipertensión craneal: El aumento de la presión intracraneal (PIC) es la principal causa de lesión secundaria cerebral tras TEC grave y se asocia con mortalidad y resultados desfavorables,

El tratamiento va encaminado a mantener una perfusión cerebral adecuada a través de la reducción de la presión intracraneal y el incremento de la presión arterial media. Las medidas para ello en el primer nivel de atención es administración de diuréticos osmóticos, como el manitol, y la solución hipertónica.

f) Normotermia: Los pacientes con TECG deben mantenerse en normotermia con una temperatura mayor de 37°C, existen muchos estudios que han demostrado que la hipertermia aumenta la morbilidad del paciente grave y incrementa la PIC en pacientes con TECG.

g) Normoglucemia: La hiperglicemia contribuye al incremento de la lesión cerebral en pacientes con TCEG, y aumenta la tasa de morbimortalidad por ello la glucosa debe estar entre 80-140 mg/dl.(1)

h) TRATAMIENTO CLÍNICO: Mantener en observación los casos leves por 12-24 horas, más tratamiento sintomático del dolor: analgésicos.

i) TRATAMIENTO NEUROQUIRURGICO: Aproximadamente 5% de pacientes con TCE leve y TAC anormal asociado a deterioro neurológico requieren cirugía.

Clasificación de traumatismo cráneo encefálico TEC según OMS.

La OMS utiliza para la clasificación de los traumatismos craneoencefálicos la escala coma de Glasgow la cual determina estado de gravedad de la contusión cerebral de acuerdo a la evaluación neurológica realizada.

CUADRO N° 01

ESCALA DE VALORACION NEUROLOGICA SEGÚN GLASGOW

Respuesta motora		Respuesta verbal		Apertura ocular	
Obedece ordenes	6	Conversación orientada	5	Espontanea	4
Localiza al dolor	5	Conversación desorientada	4	A la orden	3
Retira	4	Palabras inapropiadas	3	Al dolor	2
Flexión anormal	3	Sonidos inapropiados	2	Nula	
Extensión anormal	2	nula	1		
nula	1				

(3)

I.PRONOSTICO:

- Un elevado porcentaje de afectados de TEC grave no llegará nunca a recuperarse en un grado que le permita tener autonomía, pero, en algunos casos, puede llegar a conseguirse una situación suficientemente satisfactoria.
- El traumatismo craneal grave conlleva empeoramiento del pronóstico en cualquier grupo de edad y especialmente en el anciano.
- En cuanto a la mortalidad, en los centros hospitalarios de alto nivel se sitúa entre el 20 y el 30%, también con diferencias con respecto a la edad: el mayor porcentaje de fallecidos se da entre los menores de 10 años y los mayores de 65, siendo el Traumatismo Craneoencefálico la primera causa de muerte en los menores de 45 años.

J. COMPLICACIONES:

1. HEMATOMA EXTRADURAL O EPIDURAL Es una colección de sangre entre el cráneo y la duramadre cuya causa más frecuente es la lesión traumática de la arteria menígea media. En la mayoría de los casos existe fractura lineal o con hundimiento de cráneo.

2. HEMATOMA SUBDURAL Son más frecuentes que los anteriores. Generalmente son debidos a rotura de las venas comunicantes entre corteza cerebral y duramadre. Se localizan preferentes en la convexidad frontoparietal. Su incidencia es mayor en pacientes etílicos, ancianos y en aquellos con tratamiento anticoagulante. Su evolución clínica es similar a la del hematoma epidural, aunque se extiende a lo largo de un mayor espacio de tiempo. Pueden acompañarse o no a fracturas del cráneo. Aquellos que aparecen en las primeras 24 horas se denominan agudos, subagudos cuando lo hacen entre las 24 horas y 2 semanas, y crónicos cuando

aparecen más tardíamente. Estos dos últimos son de difícil diagnóstico debido a que no se asocian los síntomas al traumatismo como consecuencia del tiempo transcurrido, o la gravedad del golpe y por la presencia de síntomas dudosos (cambios de carácter, de personalidad, cefaleas). El hematoma subdural agudo requiere cirugía urgente. Presentan una alta mortalidad.

3. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA La hemorragia subaracnoidea traumática se acompaña a menudo de un hematoma subdural concomitante o de una contusión cerebral. Clínicamente se expresa mediante cefalea intensa, inquietud, febrícula, rigidez de nuca y otros signos meníngeos. El diagnóstico se realiza mediante TAC, y si es normal mediante la demostración de un LCR hemorrágico. No requiere tratamiento quirúrgico urgente.

4. HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO Los hematomas intraparenquimatosos traumáticos pueden manifestarse como lesiones rápidamente expansivas o ser asintomáticos. En la mayoría de los casos existe fractura craneal asociada por golpe o contragolpe.

Tras la realización de TAC se demuestran lesiones intracraneales.

- GCS < 14.
- Presencia de crisis postraumáticas.
- Hay signos clínicos o radiológicos de fractura craneal.
- Presencia de vómitos o cefalea intensa.
- Presencia de rinorragia/rinolicuorrea u otorragia/otolicuorrea.
- Presencia de focalidad neurológica.(1)

K. PREVENCIÓN:

El conocimiento es la primera herramienta para el manejo de estos pacientes con TEC ya que por medio de este podemos identificar signos y síntomas que evidencian la gravedad del problema y exigen intervención inmediata y oportuna. Un conocimiento bien fundado en bases científicas junto al desarrollo de destrezas y habilidades en los procedimientos de enfermería sumado a esto el buen equipamiento del servicio hará que se brinde una atención óptima rápida y oportuna al paciente con TEC, lo cual se logrará mediante la ejecución de una serie de actividades al personal de enfermería, el cual lograría forjar un personal autocrítico. El nivel de conocimientos es la base fundamental para la toma de decisiones y así optimizar la atención del paciente y referencia inmediata a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria.

2.3.2 Atención de enfermería al paciente con TEC

Los pacientes requieren un cuidado y vigilancia constante, es un paciente complejo que puede requerir cuidados básicos y especializados de enfermería. Estos cuidados se deben centrar en la vigilancia de signos de alarma, la prevención de complicaciones neurológicas y sistémicas, y la administración del tratamiento prescrito por el médico tratante.

El principal objetivo de las medidas generales de tratamiento del TCEG es evitar el agravamiento de la lesión cerebral inicial y la aparición de lesiones secundarias. Por este motivo, dichas medidas deben aplicarse siempre a todos los pacientes que presenten un TCEG.

a) Posición del paciente: El paciente debe mantener una correcta alineación corporal y mantener una posición neutra para evitar una rotación de la cabeza la hiperflexión o la hiperextensión de la columna cervical posición que aumenta PIC, además si se sospecha de una lesión cervical el paciente se debe de colocar un collarín cervical.

b) Manejo de vía aérea: La atención de la vía aérea es muy importante en pacientes con TEGG, por lo cual es importante verificar y mantener permeable el conducto aéreo y si es necesario aspirar las secreciones que pueden obstruir la respiración, manteniendo una saturación de oxígeno por encima de 95%

La hipoxemia en pacientes con TEC está asociada con un incremento de hasta el 50% de morbimortalidad y con una mayor discapacidad y riesgo de padecer una lesión cerebral

c) Estabilidad hemodinámica: La hipotensión arterial influye de manera negativa el pronóstico del TEC, sobre todo en aquellos pacientes con TEC severo son los que pierden la autorregulación cerebral que es el mecanismo compensatorio que mantiene el flujo sanguíneo, tener una tensión arterial media (TAM) adecuada para la correcta perfusión cerebral (PPC). Tener a disposición una vía endovenosa permeable con un catéter con calibre 18 para la administración de cristaloides o coloides. Es importante mantener una presión sistólica por encima de 90 mm Hg.

d) Hipertensión craneal: El aumento de la presión intracraneal (PIC) es la principal causa de lesión secundaria cerebral tras TEC grave y se asocia con mortalidad y resultados desfavorables,

El tratamiento va encaminado a mantener una perfusión cerebral adecuada a través de la reducción de la presión intracraneal y el incremento de la presión arterial media. Las medidas para ello en el primer nivel de atención es administración de diuréticos osmóticos, como el manitol, y la solución hipertónica.

e) Normotermia: Los pacientes con TEGG deben mantenerse en normotermia con una temperatura menor de 37°C, existen muchos estudios que han demostrado que la hipertermia aumenta la morbilidad del paciente grave y La hipertermia puede ser de origen central o deberse a una situación de sepsis. Si se sospecha que la causa es una posible infección, se procederá a realizar cultivos, radiografías de tórax, y analíticas con formula leucocitaria. También se iniciará la administración de antibióticos según pauta médica. Combatiremos la hipertermia mediante la aplicación de medidas físicas como destapar al paciente, enfriar el entorno mediante aire acondicionado, administrando soluciones endovenosas frías, bolsas de hielo aplicadas en las zonas de mayor intercambio de calor (axilas, ingles...) y

realizando la higiene del paciente con agua fría, evitando siempre la aparición de temblores y escalofríos que pueden aumentar la PIC al aumentan el metabolismo para generar calor

f) Normoglucemia: La hiperglicemia contribuye al incremento de la lesión cerebral en pacientes con TCEG, y aumenta la tasa de morbimortalidad por ello la glucosa debe estar entre 80-140 mg/dl y se tratará por encima de 140mg/dl . Para el tratamiento de las hiperglicemias inicialmente, se utiliza la insulina rápida administrada vía subcutánea, pasando a vía endovenosa si es superior a 200 mg/dl (según el protocolo de la nuestra unidad). En la actualidad existen diferentes estudios en pro y en contra del control estricto de la glucemia con insulina endovenosa en el paciente con TEC, ya que dicho control puede generar problemas como la hipoglucemia.(1)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC)

El proceso de atención de enfermería apoyado por algunos elementos que hoy día resultan esenciales en su implementación clínica, es sin duda el eje central. Por otro lado, los lenguajes enfermeros NANDA, NIC y NOC, como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, dan consistencia y apoyo a las etapas del proceso de atención de enfermería. La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el proceso de atención de enfermería. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orientada sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. Es así, que el modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el proceso de atención de enfermería, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. (40) Los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 etapas del proceso. (40)

La Fase de valoración permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones y se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas. } Fase de diagnóstico, se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración. } Fase de planificación, se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar.

Fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad. Fase de evaluación, se realiza según el grado de independencia del paciente. Las enfermeras/os además de aplicar un método de trabajo sistemático, se necesita delimitar el campo de actuación, disponer y aplicar un modelo de cuidados aportando importantes beneficios con la finalidad y propósito de ayudar a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuyendo en el debate teórico/práctico y enriqueciendo de contenido del trabajo asistencial.(14)

3.1 VALORACION Y ANAMNESIS

3.1.1. RECOLECCION DE DATOS: DATOS DE FILIACION

Nombres ya apellidos	Ambrosio Torvisco Ramos
Edad	50
Fecha de nacimiento	12/06/1970
Lugar de nacimiento	Aymaraes – Yanaca.
Dirección	Yanaca
Sexo	Masculino
Raza	Mestiza
Religión	Católico
Lugar de procedencia	Aymaraes
Ocupación	Docente
Estado civil	Casado
Idioma	Español – quechua.
Persona responsable	Esposa Justina Quispe Gómez.
Fecha de ingreso a la emergencia	18/05/2021
Hora ingreso	10 am
Fuente de información	Historia clínica.

ENFERMEDAD ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA

Tiempo de enfermedad en emergencia	4horas.
Forma de inicio	brusco
Curso	estacionario
Signos y síntomas:	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos. • Perdida de conciencia • Cefalea moderada • Dolor cervical y brazo derecho. • Limitación del movimiento derecho. • Dolor al respirar
Relato de la enfermedad	Paciente varón de 50 años de edad refiere haber sufrido accidente de tránsito hace aproximadamente 4 horas en la provincia de Aymaraes en corredor vial Abancay – Lima el día 20 de junio del presente año a horas 6 am , presentando golpes en la región frontal y tórax con pérdida de conciencia de unos minutos ,paciente refiere actualmente cefalea, dolor al respirar, náuseas y vómitos.

3.1.3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito	disminuido por el dolor
Sed	Alterado por las náuseas
Orina	Presente
Deposiciones	Presentes
peso y talla	70 kg 1.69cm

3.1.4 HABITOS NOCIVOS:

Te	A veces
Café	A veces
Alcohol	A veces
Tabaco	A veces
Drogas	Nunca

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

3.2.1. ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

Nacido de parto	Parto eutócico
Desarrollo psicomotriz	Normal
Inmunizaciones	completa

3.2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Alergias	Niega
Enfermedades	Niega
Hospitalizaciones	Niega
Cirugías	Niega

3.2.3. ANTECEDENTES FAMILIARES.

Madre	Vive
Padre	Vive
Hermanos	Viven 4 hermanos
Conyugue	Vive
Hijos	2 hijos

3.2.4. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

vivienda	Propia
Servicios	Completos
Alimentación	Adecuada.

3.2.5. ANTOPOMETRIA Y SIGNOS VITALES ACTUALES

Peso	70 kg
Talla	1.69 cm
Frecuencia cardiaca	89 x minuto
Presión arterial	120/80
Temperatura	36.0
Frecuencia respiratoria	23 x min
Saturación de oxígeno	90 x min.

3.3. EXAMEN FISICO

3.3.1. DATOS OBJETIVOS:

Paciente	AREG, AREN, AREH, despierto poco comunicativo con colaboración inadecuada, somnoliento Glasgow 10/12
Piel	Tibia, elástica, turgente, con TCSC adecuado, llenado capilar < a 02 segundos Equimosis en Angulo externo de ojo derecho. Ligeramente pálidas
Cabeza	Normo céfalo, doloroso a la palpación. Cabello con buena implantación. Se palpan hematomas y se observa herida cortante aproximadamente 8cm con abundante sangrado.
Ojos	Simétricos, pupila foto reactivas, isocóricas con apertura ocular adecuada, con movimientos oculares conservadas Con leve edema de párpados,
Fosas nasales	Recta con leve aumento de volumen, doloroso a la palpación, con solución de continuidad en dorso de la nariz Fosas nasales permeables.
Mucosas	Semihúmedas y rosadas
Cuello	Cilíndrico central no se evidencia masas, adenopatías, ni solución de continuidad dolor a la palpación.
Tórax	Simétrico, con movimientos respiratorios disminuidos. Pulmones: Amplexación disminuido en hemitórax derecho con murmullo vesicular pasa bien en ACP

Corazón	Rítmicos, Normo fonéticos, no soplos.
Abdomen	Blando depresible con RHA (+) no masas ni tumoraciones, no dolor a la palpación, no visceromegalia.
Genitourinario	Conservado acorde para la edad.
Linfáticos	No se palpa ganglios retro auriculares, cervicales, axilares ni inguinales
Bazo	No palpables
Tono y fuerza muscular	Disminuido
Extremidades	Simétricos con dolor al movimiento, limitación en miembro derecho
Neurológicos	Somnoliento, no signos de descerebración, no signos decorticación, pupilas foto reactivas Isocóricas. Signos de bavinski negativo Hipo estesia MMII. Reflejos conservados.
Rectal	Normal

3.3.2. DIAGNOSTICO MEDICO:

- TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC) MODERADO.
- ACIDENTE DE TRANSITO.
- D/C FRACTURA DE BRAZO.
- D/C FRACTURA CERVICAL.
- HERIDA CORTANTE EN CUERO CABELLUDO.

3.3.3. TRATAMIENTO MEDICO

- ✓ Oxígeno por CBN a 2 litros por minuto.
- ✓ Canalización de vía periférica permeable calibre 18.
- ✓ Colocación de collarín cervical.
- ✓ CI NA 9% 1000 cc 30 gotas por minuto
- ✓ Dexametazona 4mg C/ 8 horas. IV.
- ✓ Metamizol 1 gr cada 8 horas IV.
- ✓ Ceftriaxona 1 gr c/12 horas iv
- ✓ Hemograma, Recuento De Plaquetas –
- ✓ Urea –Creatinina -Glucosa - Tc, Ts Grupo Y Factor –
- ✓ EKG 9.-
- ✓ CFV

3.3.4. EXAMENES AUXILIARES.

- Rx cervical.
- Rx tórax anterior y posterior.
- Hemograma,
- Recuento De Plaquetas
- Urea
- Creatinina
- Glucosa
- Tc, Ts Grupo Y Factor.

3.4. VALORACION DE ENFERMERIA Y AGRUPACION DE DATOS.

3.4.1. VALORACION SEGÚN LAS 14 NECESIDADES.

NECESIDADES	RECOLECCION DE DATOS POR NECESIDADES
NECESIDAD 01 Respiración	Oxígeno CBN 2 litros LPM sin ruidos sobreañadidos, tonos cardíacos rítmicos, pulsos centrales y periféricos palpables. Frecuencia respiratoria 22x', SatO2 90%,
NECESIDAD 02 Alimentación	Peso 70 kg y talla 1.69 cm peso normal por momento en NPO.
NECESIDAD 03 Eliminación desechos corporales	Normal.
NECESIDAD 04 Movilidad y posturas adecuadas:	Paciente en posición decúbito dorsal, Con collarín Necesidad de cuidado de parte del personal de salud para sus necesidades biológicas.
NECESIDAD 05 Dormir y descansar	Paciente refiere cefalea y dolor cervical moderado.
NECESIDAD 06 Vestirse y desvestirse con normalidad	Presenta dependencia parcial para la autonomía de cuidado para la vida diaria como baño, higiene, vestido, alimentación, movilización.
NECESIDAD 07 Termo regulación	Temperatura normal.

NECESIDAD 08 Higiene corporal	Dependencia para realizar su higiene corporal.
NECESIDAD 09 Seguridad	Con escala Glasgow de 10/12 puntos, presenta procedimientos invasivos (Acceso venoso periférico permeable CI Na 9%)
NECESIDAD 10 Comunicación	Paciente confuso por momentos, con compromiso de sensorio.
NECESIDAD 11 Religión	Religión católica
NECESIDAD 12 Adaptación	Su ocupación docente nivel inicial trabajo en institución nacional.
NECESIDAD 13 Recreación	Practica el futbol en sus días de descanso.
NECESIDAD 14 Educación	Superior no universitario instituto pedagógico.

(14)

3.4.2. VALORACION DE DATOS POR DOMINIOS (DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS)

DOMINIOS	RECOLECCION DE DATOS POR DOMINIOS	FUNDAMENTO CIENTIFICO DE CADA DATO ENCONTRADO
Dominio 01 Promoción de la salud	SUBJETIVO: desconoce su situación de salud OBJETIVO: traslado a un establecimiento de salud.	Al asistir de inmediato a un Establecimiento de salud disminuye el riesgo complicaciones y secuelas.
DOMINIO 02 nutrición	SUBJETIVO: dieta adecuada. OBJETIVO: dentadura postiza, sequedad de mucosas, NPO, Riesgo de sobre peso 74 Kg	Es importante la evaluación nutricional para el mantenimiento del peso corporal ya que es esencial para mantener un equilibrio que cubra las demandas del organismo para llevar a cabo de manera óptima todas sus funciones internas.
DOMINIO 03 Eliminación	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: Diuresis normal, deposición normal Dificultad respiratoria	La evaluación constante de eliminación permite la detección oportuna y eficaz de la de alguna alteración.

DOMINIO 04 Actividad / reposo	SUBJETIVO: facies fastidiada, OBJETIVO: limitación de rotación y movimiento, hipoestesia, posición fowler, dificultad respiratoria y tos, imposibilidad para caminar, Grado de dependencia 3	Una adecuada movilización física permitirá una adecuada función cardiovascular y respiratorio
DOMINIO 05 Percepción / cognición	SUBJETIVO: escala de Glasgow 10/15 OBJETIVO: cefalea, actividad limitada, entumecimiento en ojo, irritada, presencia de laceraciones.	La valoración constante permite la detección oportuna y eficaz de las manifestaciones clínicas que se presentan.
DOMINIO 06 Auto percepción	SUBJETIVO: preocupada de su enfermedad, OBJETIVO: molesto, fastidiado Dificultad para comunicarse.	El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda.
DOMINIO 07 Rol / relaciones	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: Preocupado por trabajo como docente.	Un adecuado asesoramiento en la toma de decisiones ayudara a asumir positivamente su situación de salud
DOMINIO 08 Sexualidad	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: -----
DOMINIO 09 Afrontamiento /tolerancia al estrés	SUBJETIVO: temor, miedo OBJETIVO: irritabilidad, tristeza, ansiedad, preocupado, cefalea	Un adecuado manejo de apoyo psico emocional y de información disminuirá el temor del paciente
DOMINIO 10 Principios vitales	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: religión católica	Las creencias religiosas influyen en la recuperación y acortamiento de la estancia hospitalaria
DOMINIO 11 Seguridad / protección	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: Presencia de laceraciones y abrasiones	Un adecuado manejo disminuirá el riesgo de complicaciones.
DOMINIO 12 confort	SUBJETIVO: cefalea, dolor hombro y cervical OBJETIVO: valoración con escala del dolor, hipo estesia, nervioso, Grado de dependencia 3	Un adecuado manejo del dolor con terapia anticolinérgica permitirá su disminución y tener su confort
DOMINIO 13 Crecimiento y desarrollo	SUBJETIVO: ----- OBJETIVO: riesgo de sobre peso	La adecuada alimentación evitara el sobre peso y otras patologías relacionadas con la alimentación no saludables

3.5. DIANOSTICOS DE ENFERMERIA

3.5.1. DX. DE ENFERMERIA ORDENADOS POR PRIORIDAD DE DOMINIOS

DOMINIO /CLASE	RELACIÓN DE DIAGNÓSTICOS
D4 C4 (Actividad /reposo: respuesta Pulmonar)	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P frecuencia respiratoria anormal
D 2 C4 (nutrición / hidratación lesión física.	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado E/P herida, hematomas en cuero cabelludo.
D11 C2 (Seguridad /protección: lesión física)	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/P sonidos respiratorios anormales, presencia de secreciones
D12 C1 (confort: confort físico y sensación de bienestar)	Dolor R/C con agentes lesivos (físicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar.

D4 C2 (actividad / Reposo: actividad movimiento del cuerpo)	Deterioro de la movilidad física relacionado a la presencia del dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y moverse.
D9 C2 (Afrontamiento / tolerancia estrés: respuesta de afrontamiento)	Temor relacionado a y posibles complicaciones de salud y al ambiente hospitalario evidenciado por verbalización del paciente y cambios conductuales
D7 C2 (Rol /Relaciones: relaciones familiares)	Interrupción a procesos familiares relacionados a la hospitalización por situación de salud evidenciada por verbalización del paciente y estancia hospitalaria
D2 c1 actividad relacionado baño e higiene	Déficit de autocuidado R/C deterioro neuro muscular E/P dolor.

(14)

3.6. PLANIFICACION Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

DOMINIO CLASE	DX ORDENADOS POR PRIORIDADES DE DOMINIO	PRIORIDAD ALTA MEDIANA BAJA	OBJETIVOS EN FUNCION AL PACIENTE	CIE (NIC) CODIGO DE INTERVENSION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO	CRE(NOC) CODIGO DE RESULTADOS DE ENFERMERIA
D4 C4 Actividad /reposo respuesta pulmonar	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P frecuencia respiratoria anormal	A	Paciente mantendrá un patrón respiración eficaz, con valores normales de la respiración	Control de respiración <ul style="list-style-type: none"> Control de respiración Controlar la frecuencia, profundidad de Respiración Observar alteraciones en la respiración. Control de saturación de oxígeno. Técnica de auscultación <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el estado de los pulmones. 	El control de las Fs. Vs. Ya que permitirá valorar estado normal o anormal del paciente, por lo que es una indicación y a la vez una actividad de enfermería	Paciente patrón respiratorio eficaz durante el turno en el servicio
D 2 C4 (nutrición / hidratación lesión física)	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado E/P herida, hematomas en	A	Paciente lograra controlar el sangrado.	Control del sangrado. <ul style="list-style-type: none"> Manejo de electrolitos y líquidos Control de presión arterial. 	La administración de líquidos y electrolitos restituye la pérdida del	Paciente lograra la reposición e perdidas

	cuero cabelludo			<ul style="list-style-type: none"> Evaluación neurológica 	torrente sanguíneo	
D11 C2 (Seguridad /protección: lesión física)	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/P sonidos respiratorios anormales, presencia de secreciones	A	Paciente mantendrá una vía aérea permeable	Manejo de las vías respiratorias <ul style="list-style-type: none"> manejo de las vías aéreas. Oxígeno terapia Precauciones para evitar la aspiración. Posición adecuada del paciente Fisioterapia respiratoria <ul style="list-style-type: none"> Controlar la cantidad y las características de las secreciones 	El manejo respiratorio ayudara a que el paciente mantenga la permeabilidad de las vías aéreas	paciente con vías aéreas permeables.
D12 C1 (confort: confort físico y sensación de bienestar)	Dolor R/C con agentes lesivos (físicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar.	A	Paciente lograra controlar el dolor y la disminución progresiva del dolor.	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> Manejo con medicación. Apoyo emocional. Administración de analgésicos. Valoración el grado de dolor. 	El manejo de la situación emocional del paciente ayudara a restablecer al confort del paciente	Paciente controlara el dolor
D4 C2 (actividad / Reposo: actividad movimiento del cuerpo)	Deterioro de la movilidad física relacionado a la presencia del dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y movilizarse	M	Restablecer a su movilidad física	Manejo del dolor. <ul style="list-style-type: none"> Administración de medicamentos. Posición antalgica. Cambios de posición. 	Una adecuada movilización física permitirá una adecuada función cardiovascular y respiratorio	Restablecimiento progresivo de la movilidad física
D9 C2 (Afrontamiento / tolerancia estrés: respuesta de afrontamiento)	Temor relacionado a y posibles complicaciones de salud y al ambiente hospitalario evidenciado por verbalización del paciente y	M	Paciente lograra disminuir el temor frente a su situación de su salud.	POTENCIACION DE LA SEGURIDAD. <ul style="list-style-type: none"> Fomentar las visitas, apoyo psico emocional Informe sobre su patología, intervención, Tratamiento Y complicaciones. 	Un adecuado manejo de apoyo psico emocional y de información disminuirá el temor del paciente	Paciente durante la estancia disminuirá su temor sobre su estado de salud.

	cambios conductuales					
D7 C2 (Rol /Relaciones: relaciones familiares)	Interrupción a procesos familiares R / a la hospitalización por situación de salud evidenciada por verbalización del paciente y estancia hospitalaria	M	Paciente lograra asumir su situación actual familiar y de su salud	MANEJO PSICOEMOCIONAL. Fomentar la visita de familiares directos - Información de su tratamiento de patología APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES - Asesoramiento para la toma de decisiones	Un adecuado manejo psicoemocional coadyuvara a restablecer los procesos familiares	Restablecimiento parcial de los procesos familiares Paciente asume su situación de salud.

3.7. EVALUACION

S: paciente refiere que por momentos le duele al respirar, tiene flemas y que no las puede eliminar fácilmente tosiendo

O: Se observa al paciente con presencia de tos e incapacidad para poder eliminar las secreciones del tracto respiratorio para poder mantener las vías aéreas permeables

A: Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P frecuencia respiratoria anormal.

P: El paciente lograra respiración eficaz durante la permanecia del turno

I Fisioterapia respiratoria.

- ✓ Control de funciones vitales
- ✓ Vigilancia de la frecuencia respiratoria
- ✓ Manejo de las vías respiratorias
- ✓ Eliminar las secreciones mediante la aspiración
- ✓ Realizar ejercicios que ayuden a la eliminación de secreciones.
- ✓ Brindar tratamiento indicado.
- ✓ Realización de nebulización
- ✓ Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.
- ✓ Controlar la cantidad y observar las características del tipo de expectoración de las secreciones.

E: Paciente con vías aéreas permeables durante el turno.

RELACION DE OBJETIVOS	Condición de objetivo luego de aplicación PAE		
	Logrado	En proceso	No logrado
Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P frecuencia respiratoria anormal	X		
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado E/P herida, hematomas en cuero cabelludo	X		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/P sonidos respiratorios anormales, presencia de secreciones	X		
Dolor R/C con agentes lesivos (físicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar.		X	
Deterioro de la movilidad física relacionado a la presencia del dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y movilizarse		X	
Temor relacionado a y posibles complicaciones de salud y al ambiente hospitalario evidenciado por verbalización del paciente y cambios conductuales		X	
Interrupción a procesos familiares R / a la hospitalización por situación de salud evidenciada por verbalización del paciente y estancia hospitalaria		X	

CONCLUSIONES

1. Los traumatismos craneoencefálicos constituyen un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan, por ello el actuar del personal de enfermería debe ser adecuada y oportuna.
2. La valoración neurológica o el estado de alerta del paciente es básicamente de suma importancia puesto que evitará presentar las complicaciones y disminuir las secuelas mediante la realización del score de Glasgow que permite clasificarla en leve moderado y grave.
3. El proceso de cuidado enfermero se aplica de manera parcial, aún continúan con las notas de enfermería, en el servicio de emergencia tienen falencias y resistencia en aplicar el proceso como herramienta de trabajo enfermero.
4. En el servicio de emergencia del Centro de Salud Santa Rosa no se encuentran actualizados los instrumentos de Gestión (Manual de procedimientos, Manual de Organización y funciones, etc.) y los protocolos y guías de cuidado especializado.
5. Las intervenciones primordiales en la atención del paciente con traumatismo encéfalo craneano se enfocan en el mantenimiento de la vía aérea y el control cervical, mantener la normo ventilación la saturación y la circulación, además de valorar y monitorear el estado de conciencia del paciente.
6. No contar con una Guía o Protocolo en el centro de salud Santa Rosa donde laboro, hace que el manejo médico y de enfermería no sea uniforme ni continuado en los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico.

RECOMENDACIONES

1. Al jefe del servicio de Emergencia, implementar al servicio de equipos biomédicos, contratar mayor número de enfermeras para alcanzar los estándares nacionales de ratio enfermera paciente.
2. A la jefatura de enfermería, continuar con la elaboración y el perfeccionamiento en la aplicación de la guía, realizar una retroalimentación, y evaluar las ventajas, así como los inconvenientes de su aplicación, para fines de mejora.
3. A la enfermera jefa de servicio y enfermeras asistenciales promover la actualización de los instrumentos de gestión, incluido la aplicación del proceso de cuidado enfermero de formato estandarizado que permita realizar una valoración integral y los cuidados humanos con calidad y calidez a pacientes con traumatismo encéfalo craneano.
4. A los profesionales de enfermería, especializarse en la atención en emergencias, actualizar continuamente sus conocimientos, y realizar reuniones de intercambio de experiencias, a fin de mejorar su atención y mantener un mismo lenguaje que favorezca los cuidados de los pacientes con traumatismo encéfalo craneano.
5. A las enfermeras(os) asistenciales del servicio de emergencia del Centro de salud santa rosa organizar cursos de capacitaciones sobre el Proceso de Atención de Enfermería, manejo de la taxonomía NANDA y así, lograr unificar criterios del uso de registro de enfermería como evidencia del trabajo enfermero, correspondientes a la atención de pacientes con traumatismo encéfalo craneano, con la finalidad de lograr una atención de calidad
6. Fomentar la capacitación del personal que labora en el área de emergencia del centro de salud para perfeccionar sus habilidades y destrezas para disminuir la morbimortalidad por traumatismos en pacientes severamente lesionados y estabilizarlo.
7. Diseñar esquemas para manejo diario en el campo clínico y otros, ya que servirán como guía para el nuevo personal que se incorpora al servicio de Emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monografias.com PZM. Traumatismo encéfalo-craneano - Monografias.com [Internet]. [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos96/traumatismo-encefalo-craneano/traumatismo-encefalo-craneano.shtml>
2. Martínez-Ricarte F. FISIOPATOLOGÍA DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CEREBRALES TRAUMÁTICAS: LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS; CONCEPTO DE HERNIACIÓN CEREBRAL. :6.
3. TCE - Traumatismo craneoencefálico - RELAC SIS [Internet]. [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craneoencefalico>
4. Acha BPL. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA, CALLAO - 2019. :45.
5. TRABAJO FINAL INTEGRADOR INTERVENCION DE ... INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO - [PDF Document] [Internet]. fdocuments.net. [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://fdocuments.net/document/trabajo-final-integrador-intervencion-de-intervencion-de-enfermeria-en-paciente.html>
6. Sánchez CG. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVE. APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO. :7.
7. Ríos-Gallardo Á, Alarcón J, Charry J, Rodriguez-Triviño C. Guía colombiana de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. 13 de julio de 2016;
8. Traumatismos: qué es, síntomas, causas, prevención y tratamiento [Internet]. Top Doctors. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/traumatismos>
9. Tola BP, Astrit V. “FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO – AREQUIPA 2017” PRESENTADA POR: :101.
10. Miñaca V, Fernanda M. Prevalencia de trauma craneoencefálico y sus características clínico-epidemiológicas en pacientes de la emergencia Hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel. Agosto 2018 – agosto 2019. Univ Católica

Cuenca [Internet]. 2020 [citado 27 de julio de 2021]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8354>

11. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana [Internet]. diciembre de 2017 [citado 27 de julio de 2021];19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. :29.
13. Charry JD, Cáceres JF, Salazar AC, López LP, Solano JP. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Rev Chil Neurocir [Internet]. 5 de septiembre de 2019 [citado 27 de julio de 2021];43(2):177-82. Disponible en: <https://www.revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/82>
14. ▷ Listado Diagnósticos NANDA NIC NOC - Actualizado 2021 [Internet]. [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>

ANEXOS

Imagen 01:



En esta foto se evidencia del personal del centro de salud de Santa Rosa brindando la atención inmediata al paciente.

Imagen 02



En esta imagen se observa al personal del centro de salud Santa Rosa recepcionando a los pacientes que sufrieron accidente.

Imagen 03:



En esta imagen se puede visualizar ya atención del paciente en el servicio de tóxico de emergencia.

Imagen 04



Aquí se observa al personal de salud ya trasladando al paciente a la ambulancia para que sea referido a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Imagen 05:



En esta foto se observa la parte interna de las unidades móviles del centro de salud santa rosa.

Imagen 06:



En esta imagen se observa también a los bomberos que apoya cuando hay accidentes masivos